

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° 129

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

ZELECHOWSKI NAFTALI

Né à Lowicz (Pologne), le 7 juillet 1903

LE TORTICOLIS DIT CONGÉNITAL
ET SON TRAITEMENT
PAR LA TÉNOTOMIE SOUS-CUTANÉE

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

ZELECHOWSKI NAFTALI

Né à Lowicz (Pologne), le 7 juillet 1903

LE TORTICOLIS DIT CONGÉNITAL
ET SON TRAITEMENT
PAR LA TÉNOTOMIE SOUS-CUTANÉE

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.

N Physiologie.

AUBERTIN . . Pathologie médicale.

BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.

BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale

BRULÉ Pathologie médicale.

CADENAT. . . Pathologie chirurgicale

CATHALA . . . Pathologie médicale.

CHABROL . . . Pathologie médicale.

CHEVALLIER. Pathologie médicale.

DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale;

DOGNON. . . . Physique.

DONZELOT. . . Pathologie médicale.

ÉCALLE Obstétrique.

FEY. Urologie.

GARNIER. . . Pathologie expérimentale

GASTINEL . . Bactériologie.

GATELLIER. . Pathologie chirurgicale

GIROUD . . . Histologie.

HARVIER. . . Pathologie médicale.

HAZARD . . . Pharmacologie.

HOVELACQUE Anatomie.

HUGUENIN . . Anatomie pathologique.

HUTINEL . . . Pathologie médicale.

JOANNON . . . Hygiène.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE(G.) Pathologie médicale.

LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.

LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale

LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.

LIAN Pathologie médicale.

MILLOT . . . Histologie.

MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.

MOREAU . . . Pathologie médicale.

MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.

MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.

MULON. . . . Histologie.

OBERLING . . Anatomie pathologique.

OLIVIER . . . Anatomie.

PIÉDELJÈVRE Médecine légale.

PORTES . . . Obstétrique.

QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale,

RICHET. . . . Physiologie.

SANNIÉ . . . Chimie biologique.

SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.

VALLERY-RADOT

(Pasteur) . . Pathologie médicale.

VAUDESCAL. Obstétrique.

VELTER . . . Ophtalmologie.

VERNE. . . . Histologie.

VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.

GUENIOT . . . Obstétrique.

LEQUEUX . . . Obstétrique.

LEROUX . . . Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

RETTERER . . . Histologie.

ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. . Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique méd.
 BASSET. . . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU . . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ. . . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER . . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL . Clinique obstétricale.
 METZGER. . . Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique, chez
chaire	
FREY.	l'adulte pour les accidentés du travail, les
CHAILLEY-BERT	mutilés de guerre et les infirmes adultes.
LEDOUX-LEBARD	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Education physique
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

En témoignage de reconnaissance et d'attachement filial.

A MA FAMILLE

A MES AMIS ET COLLÈGUES D'ÉTUDES

A M. LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

Professeur de Pathologie chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur d'accepter la pré-
sidence de notre thèse, hommage
respectueux.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DES FACULTÉS DE PARIS ET DE LYON

A MON JURY DE THÈSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer, avant d'aborder notre travail, toute notre gratitude à M. le Dr Lamy, chirurgien-orthopédiste de l'Hôpital Foch, chargé du Service d'orthopédie à l'Hospice des Enfants-Assistés, qui nous en a donné l'idée. Grâce à son inspiration, à ses conseils bienveillants, nous avons pu recueillir les documents permettant d'exposer la pathogénie du torticolis congénital et ses procédés thérapeutiques. M. le Dr Lamy nous a permis de publier un certain nombre de ses observations, témoignant de la réelle valeur de son procédé, grâce à sa bienveillance nous avons pu assister aux opérations qu'il a faites et apprendre ainsi dans ses moindres détails sa technique.

Nous remercions également notre excellent ami M. le Dr Hausler, assistant de M. le Dr Lamy, qui nous a prodigué ses conseils bien précieux.

LE TORTICOLIS DIT CONGÉNITAL ET SON TRAITEMENT

PAR LA TÉNOTOMIE SOUS-CUTANÉE

Le présent travail est consacré à l'étude du torticollis congénital d'origine musculaire, caractérisé cliniquement par une inclinaison de la tête vers l'épaule correspondante avec rotation vers l'épaule opposée et flexion sur la poitrine.

Nous laisserons donc de côté tous les autres torticollis qui ne sont pas l'expression de la rétraction fibreuse du sterno-cleïdo-mastoïdien et qui ne sont que des manifestations symptomatiques d'un grand nombre d'affections aiguës ou chroniques touchant les parties molles ou squelettiques du cou. Ces variétés de torticollis ont en effet presque toujours pour cause une arthrite cervicale ou une inflammation de voisinage. Elles sont donc complètement différentes, tant au point de vue étiologique que pathogénique des cas qui nous occupent ici. Il en est de même de leur thérapeutique qui évidemment, ne peut avoir rien de commun avec celui que nous nous sommes proposé de décrire dans cette thèse.

Mais nous croyons devoir insister sur le fait, que s'il est très aisé de reconnaître un torticollis congénital, puisque l'attitude caractéristique n'y fait jamais défaut, il est des cas où l'aspect clinique est

très semblable à celui du torticolis musculaire, sans en avoir cependant la même étiologie ; dans ces cas il faut recourir à un examen approfondi pour les rapporter à leurs causes réelles.

C'est notamment le cas du torticolis par « occipitalisation de l'atlas ». Cette dénomination a été donnée par André Feil au type clinique de déviation décrit par Bertolotti : déviation de la tête en torticolis par soudure de l'une ou des deux masses latérales de l'atlas à l'occipital. C'est surtout la forme unilatérale qui peut offrir quelque difficulté de diagnostic.

Mais il est facile de s'apercevoir dans ces cas que la rétraction du sterno-mastoïdien fait défaut et que la rotation de la tête sur l'axe du corps n'est pas aussi nette que dans le torticolis congénital habituel. D'ailleurs cette affection, connue sous le nom de syndrome de Klippel-Feil, apparaît cliniquement vers le 6 à 10 ans, donc beaucoup plus tardivement que le torticolis congénital qu'on peut reconnaître dans les premiers jours de la vie, parfois même à la naissance. La radiographie tranche enfin la question en montrant des lésions caractéristiques de la colonne cervicale. Il est évident que cette variété de torticolis ne peut être justiciable du même traitement que le torticolis congénital.

Il en est de même de ces cas décrits par J. Rey et F. Hentchel, où l'on constate une simple inclinaison de la tête, mais jamais de torsion ni d'asymé-

trie faciale, tout cela survenu à la suite d'une paralysie oculaire.

Il s'agit donc seulement d'une attitude vicieuse commandée par des troubles oculaires, et les auteurs précités recommandent dans ces cas de ne pas persévérer dans le traitement orthopédique, mais adresser le malade à l'oculiste et l'on verra disparaître le soi-disant « torticolis ».

On n'admet guère plus aujourd'hui le torticolis par autres attitudes vicieuses : enfants mal placés dans leur berceau ou celui des « petits maîtres » des anciens auteurs.

Après avoir ainsi tracé les limites de notre travail, nous donnerons brièvement quelques notions concernant l'étiologie du torticolis congénital.

Nous insisterons plus longtemps sur sa pathogénie. Nous étudierons enfin en particulier son traitement.

ETIOLOGIE.

Un fait domine l'étiologie de l'affection : c'est qu'on rencontre le torticolis surtout chez des enfants nés par le siège ou à la suite d'accouchement laborieux ayant nécessité l'application de forceps ou quelque autre opération obstétricale.

Parmi les 72 cas de torticolis congénital rapportés par Fränkel, 53 sont nés par le siège. Konrad évalue le nombre des accouchements dystociques et des présentations de siège à 50 % des cas, Spitzzy à 60 % et Harding de 80 à 90 %. Les chiffres trouvés

par nous dans 91 observations de torticolis, recueillies dans le service de M. Lamy ne sont pas aussi élevés. Nous avons 31 cas de siège, 14 accouchements laborieux avec applications de forceps sur le sommet, une grossesse gémellaire et une version par manœuvres externes, donc 50 % d'accouchement dystocique, dont 34 % de présentation de siège.

L'affection est rarement héréditaire.

J. Nussbaum (Göttingen) communique un cas où deux sœurs atteintes de torticolis congénital sont issues d'un père présentant également cette difformité.

Le torticolis peut être constaté dès la naissance et il est assez fréquent de voir chez des enfants nés à la suite d'un accouchement difficile des tumeurs plus ou moins dures au niveau de leur sternocleïdo-mastoïdien. Ces indurations s'accompagnent d'une légère attitude en torticolis qui peut être persistante, mais le plus souvent disparaît sans avoir réclamé un traitement quelconque.

On note aussi fréquemment la coexistence du torticolis avec des malformations, comme le bec de lièvre, pied bot, luxation congénitale de la hanche, etc. Nous verrons plus loin ce qu'il faut en penser au point de vue pathogénique.

PATHOGÉNIE.

Envisageons maintenant la pathogénie du torticolis congénital.

Elle est vivement discutée et, lorsqu'on étudie le chapitre du torticolis congénital, dans les traités classiques de chirurgie infantile, on se trouve en présence d'un grand nombre de théories ayant pour but d'expliquer l'origine de cette affection. La discussion a pour base la question suivante :

Le torticolis si fréquemment observé chez les enfants est-il « obstétrical » ou « congénital » ?

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la solution de ce problème et nous croyons tout à fait justifié l'avis d'un grand nombre d'entre eux qui préfèrent de donner à l'affection la dénomination de « torticolis dit congénital ». On évite ainsi, en effet, d'en préjuger *a priori* de la pathogénie.

Nous exposerons toutes ces théories suivant l'ordre chronologique, en commençant par la plus ancienne. Il nous faut donc d'abord citer Stromeyer. Cet auteur (1838) a émis l'opinion que le torticolis est une affection acquise survenant à la naissance comme conséquence d'un traumatisme obstétricale de la région du cou.

Stromeyer, frappé par la fréquence avec laquelle on trouve dans les antécédents des enfants, présentant un torticolis, la présentation du siège, formule sa théorie de la façon suivante :

Pendant un accouchement laborieux, ayant nécessité des fractions énergiques des manœuvres obstétricales spéciales ou d'application de forceps, le sterno-cleïdo-mastoïdien peut être contusionné, déchiré ou arraché. Dans le foyer de la lésion il se

forme un hématome dont l'évolution ultérieure amène le développement d'un torticolis par suite de la rétraction fibreuse du muscle lésé.

Cette théorie cadrant bien avec un certain nombre des faits, fût accueillie avec faveur. En effet on ne peut nier qu'un grand nombre de torticolis se trouvent en rapport étroit avec les difficultés obstétricales ci-dessus énoncées. Nous savons déjà d'autre part que les enfants nés à la suite de ces accouchements dystociques présentent assez fréquemment, quelques jours après leur naissance, des indurations au niveau du sterno-mastoïdien, de même qu'une légère inclinaison latérale de la tête. Les partisans de Stromeyer ont donné depuis Böhn, à ces indurations le nom d'hématome du sterno-cleïdo-mastoïdien, sans aucune preuve anatomique.

La théorie de Stromeyer a soulevé de nombreuses objections. Rien ne prouve en réalité, que la tuméfaction circonscrite du sterno-mastoïdien soit un hématome. Elle n'offre nullement les caractères d'une collection sanguine et les examens histologiques de ces soi-disant « hématomes » n'ont jamais permis de constater des traces d'hémorragie.

Certaines de ces recherches ont été faites par Heller, 2 à 3 semaines après la naissance. Il faudrait donc admettre l'hypothèse que le sang épanché se soit résorbé très rapidement, ce qui cadre mal avec la lenteur de résorption de *l'haematoma capitis* auquel Böhn comparait la tumeur du sterno-mastoïdien. D'ailleurs est-ce, comme se le demande Maas,

la façon habituelle d'une rupture musculaire, d'évoluer vers les lésions comparables à ceux de sterno-mastoïdien dans le torticolis congénital ?

Les recherches histologiques faites par Couvelaire ont démontré que ces lésions correspondent à la myosite interstitielle. Cet auteur a également fait des essais expérimentaux sur des animaux et n'a obtenu que des résultats négatifs qui ne plaident pas en faveur de l'hypothèse de Stromeyer.

Jamais l'attrition violente d'un muscle, ni par son étirement ni par sa section, n'a donné de rétraction permanente. Il a vainement essayé de provoquer celle-ci chez six lapins nouveaux-nés, par l'attrition des adducteurs de la cuisse écrasés violemment entre le pouce et l'index.

Au bout de trois semaines la réparation était complète.

De plus il est de ces cas où des enfants présentent des indurations du sterno-cleïdo-mastoïdien, malgré qu'ils n'aient eu à subir aucun traumatisme obstétrical. Nous verrons ces faits dans les observations rapportées par Couvelaire.

Nous savons également, d'autre part, que ces indurations, invoquées par Stromeyer à l'appui de sa théorie, ne sont pas fatalement suivies de l'apparition d'un torticolis permanent et nombreux sont les cas observés où elles disparaissent sans laisser de trace.

En effet, comme l'a démontré Petersen en 1884, aucune des observations rapportées par Stromeyer

n'est probante, car aucune ne démontre la filiation des faits sur laquelle il insiste : traumatisme obstétrical, hématome et torticolis consécutif.

On voit donc un cas dans lequel un enfant extrait au forceps, mais sans aucun traumatisme, présente trois semaines après la naissance une tumeur au niveau du sterno-mastoïdien, sans torticolis dans la suite ; un autre où l'apparition tardive de torticolis doit faire rejeter l'idée d'un traumatisme obstétrical.

Petersen rapporte enfin une observation de Stromeyer qui plaide même contre son propre auteur. Il s'agissait notamment d'un enfant né par le siège, sans aucune difficulté obstétricale et aucun traumatisme, présentant néanmoins le torticolis immédiatement après la naissance.

Tous ces faits permettent à Petersen de conclure que la théorie de Stromeyer ne se base que sur des hypothèses.

Cet auteur en édifie une autre.

Pour Petersen le torticolis est bien congénital et non pas obstétrical. Les cas de torticolis de naissance sont pour lui la meilleure preuve qu'il faut chercher les causes de cette difformité *ante partum*, pendant la vie intra-utérine du fœtus. Il invoque la fréquente coexistence du torticolis avec des malformations congénitales : pied bot, luxation congénitale de la hanche et se pose la question, est-ce qu'une maladie précoce de l'amnios ne pourrait être la cause commune de toutes ces affections. Petersen suppose, en effet, que l'oligamnios, avec ou sans

brides amniotiques, — expression clinique de l'amniotite précoce — puisse irrémédiablement fixer en attitude vicieuse le pôle céphalique de l'embryon. La malformation ainsi créée se traduirait par un torticolis.

L'inclinaison prolongée de la tête sur l'épaule aurait pour conséquence le rapprochement des insertions du sterno-mastoïdien et par la suite son raccourcissement définitif.

L'auteur a également tenté de démontrer ces faits expérimentalement sur les animaux en voie de croissance.

Cette maladie de l'amnios explique à Petersen d'une façon complète la fréquence de présentation du siège et des difficultés obstétricales dans l'étiologie du torticolis. Il est également compréhensible pour lui qu'un muscle aussi altéré soit particulièrement vulnérable aux traumatismes obstétricaux.

Petersen apporte à l'appui de sa théorie des observations personnelles dont une est assez démonstrative.

Il s'agissait d'un enfant de 4 semaines, né par le siège à la suite d'un accouchement laborieux et terminé artificiellement. Cet enfant présentait immédiatement après la naissance un torticolis. Son sterno-mastoïdien était raccourci et tendu. Dans la région parotidienne il y avait une dépression dans laquelle on pouvait mettre l'épaule droite. La quantité de liquide amniotique était extrêmement petite.

La théorie des attitudes vicieuses intra-utérines a

été vivement critiquée par de nombreux auteurs.

Couvelaire ne croit pas que les arguments invoqués par Petersen soit suffisants pour expliquer à eux seuls la pathogénie du torticolis. Cet auteur fait observer que si l'existence de ces attitudes vicieuses est un fait indéniable, elles n'agissent que d'une façon passagère et la croissance les rectifie très rapidement.

« A-t-on jamais vu — dit Couvelaire — des fœtus qui pendant toute leur vie intra-utérine sont fixés en présentation de siège décomplété, mode de fesses, garder leurs membres inférieurs repliés en attelles au-devant de leur tronc ? »

A des théories mécaniques de l'origine du torticolis a succédé la théorie infectieuse.

Elle a été créée en 1894 par Mikulicz et Kader.

Ces auteurs ont insisté sur la possibilité d'une infection généralisée qui pourrait se localiser sur le sterno-mastoïdien contusionné pendant un accouchement difficile et déterminer ensuite une myosite scléreuse de ce muscle.

Keller a obtenu un raccourcissement avec sclérose du sterno-mastoïdien après avoir injecté dans le muscle contusionné des cultures de staphylocoques virulents. Mais rien ne prouve que ce processus infectieux secondaire soit le facteur habituel dans la production du torticolis congénital. Maas (cité par Nové-Josserand) avait vainement cherché cette phase d'infection, soit générale soit locale, qui devrait cependant donner de grandes réactions si elle était

capable de produire des lésions pareilles à celle que présente le sterno-mastoïdien dans le torticolis.

Ni cliniquement ni bactériologiquement, ces faits n'ont pu être démontrés par aucun auteur.

Il s'agit donc d'une simple hypothèse.

Ainsi, la théorie de Stromeyer, ayant été battue en brèches par Pétersen, on n'avait conservé pendant un certain temps que celle des attitudes vicieuses, telle que la formulait ce dernier auteur.

Mais nous avons vu qu'elle n'était pas capable d'élucider d'une façon satisfaisante le mécanisme par lequel une attitude vicieuse peut amener à la formation du torticolis.

Nové-Josserand et Viannay ont repris l'étude de la question dans leur article paru en 1906.

Ces auteurs, examinant au microscope les lésions rencontrées au niveau du sterno-mastoïdien dans le torticolis, ont été frappés par l'analogie qu'elles offraient avec celles de la rétraction ischémique de Volkmann.

C'est grâce à cette constatation que les auteurs ci dessus, puis Völcker et Kempf en Allemagne, ont introduit une nouvelle notion dans la pathogénie de l'affection : l'ischémie.

Tous ces auteurs reconnaissent le rôle que joue dans la formation de la déviation la position anormale du fœtus dans l'utérus.

Pour Völcker, la compression prolongée qu'exerce l'épaule surélevée sur le sterno-cléido-mastoïdien a pour conséquence de supprimer partiellement ou

totalemeut la circulation dans ce muscle. C'est à cette ischémie qu'est due sa dégénérescence fibreuse.

Ces troubles circulatoires influencent également le développement de la moitié comprimée du crâne et de la face.

L'assymétrie cranio-faciale des enfants atteints du torticolis congénital en est la meilleure signature.

Völcker invoque à l'appui de sa théorie le fait observé déjà par Petersen, de l'existence chez ces enfants d'une dépression cervicale (Halsgrube) entre l'angle du maxillaire et l'apophyse mastoïde : trace de l'empreinte produite par l'épaule surélevée.

Nové-Josserand estime que les causes ischémi-santes sont plus variées. En dehors de celles apportées par Völcker il faudrait faire intervenir la constriction du cou du fœtus par des circulaires du cordon et la compression générale dans un œuf oligo-amniotique.

De plus, comme le pense Nové-Josserand, il n'est pas nécessaire que cette compression soit permanente pour produire des lésions.

Il suffit pour cela d'une élongation du cou dans un accouchement dystocique pour provoquer une ischémie temporaire préjudiciable à la vitalité du muscle.

L'auteur prend donc également en considération l'élémeut « traumatisme » qui, comme nous le savons, sert de base à l'hypothèse de Stromeyer.

Mais pourquoi ces facteurs mécaniques agissent-

ils exclusivement sur le sterno-mastoïdien et non pas sur quelque autre muscle du cou?

Les auteurs ci-dessus l'expliquent par le régime circulatoire particulier de ce muscle, dont l'artère nourricière, après avoir pénétré au niveau de sa partie supérieure, se divise en branches à distribution terminale.

Dans le cadre de cette théorie ischémique nous mentionnerons encore l'hypothèse de Beely.

Pour lui la part prépondérante dans la production de l'ischémie doit être attribuée à la gaine du sterno-mastoïdien.

La tension qu'exercerait cette gaine à la suite d'une position vicieuse de la tête au cours de l'accouchement serait suffisante pour ischémier le muscle qu'elle enveloppe.

On objecte pourtant à Beely que la gaine en question est trop mince pour jouer un rôle pareil.

Nové-Josserand fait en plus observer qu'une telle conception est peu physiologique. On sait, en effet, qu'un muscle se trouve à l'aise dans sa gaine et ne la remplit qu'au moment de sa contraction.

La théorie ischémique est très séduisante. Elle est basée sur des preuves anatomo-pathologiques. Elle tient compte de la fréquence avec laquelle on trouve la présentation de siège et les dystocies dans les antécédents des sujets atteints de torticolis congénital.

Néanmoins il est plus difficile, pense Couvelaire, de la concilier avec l'existence des autres malfor-

mations fréquemment constatées chez des sujets atteints du torticolis de naissance.

L'auteur a d'ailleurs vu un cas où les facteurs mécaniques avaient bien joué un rôle dans la production d'une attitude vicieuse (malformation utérine, oligoamnios, attitude en torticolis, siège), mais le sterno-mastoïdien était parfaitement indemne.

Couvelaire émet donc l'opinion (dans son article intitulé : *Hématome du S.-C.-M. et myopathie congénitale*, paru en 1911) que pour élucider la question il faut s'adresser aux études anatomiques des pièces prélevées à l'autopsie. On doit faire ces examens aux différents stades de l'évolution des lésions présentées par le sterno-mastoïdien, mais surtout à un moment très rapproché de la naissance.

L'auteur a pu rassembler des pièces anatomiques d'enfants morts de quelques heures à quelques jours après la naissance.

Il s'agissait d'abord d'un enfant mort 4 jours après une extraction laborieuse de la tête dernière (siège).

Le sterno-mastoïdien et les tissus avoisinants étaient infiltrés de sang. Pas de rupture complète du muscle. Un très grand nombre des fibres musculaires étaient altérées et l'auteur s'est demandé si ces altérations ne sont pas consécutives à la lésion traumatique du muscle.

Ensuite un autre cas où l'enfant, né prématuré-

ment, est mort trois heures après son extraction laborieuse (siège).

On y constata un sterno-mastoïdien partiellement infiltré de sang. Dans les faisceaux non envahis par l'hémorragie on reconnaissait des fibres musculaires très altérées.

Il est évident que ces altérations ne peuvent être considérées comme secondaires. Elles étaient bien congénitales et Couvelaire classe ce cas : « hématome dans un muscle malade ».

Dans les deux cas suivants, rapportés par Couvelaire, le sterno-mastoïdien ne présentait aucune hémorragie ni rupture musculaire, mais des lésions dégénératives identiques à celles du cas précédent. Chez un de ces enfants existait un certain degré de torticolis et d'asymétrie cranio-faciale.

Ces constatations permettent à Couvelaire de conclure de la façon suivante : Il n'est pas niable qu'au cours d'un accouchement laborieux on ne puisse produire des lésions traumatiques, mais elles sont peu importantes et susceptibles de se réparer dans une grande majorité des cas.

Plus importantes, par contre, sont les lésions congénitales du sterno-mastoïdien qui ne sont pas exceptionnelles pour l'auteur.

Cette myopathie congénitale n'a pas besoin d'être compliquée d'hématome pour produire le torticolis.

Il suffit qu'elle se complique d'une lésion obstétricale pour provoquer les modalités du torticolis de naissance.

Les lésions traumatiques, quand elles existent, ont été vraisemblablement, comme le pensait aussi Petersen, favorisées par l'état pathologique du muscle.

Couvelaire considère alors tels cas comme « torticolis congénital compliqué de lésions traumatiques ».

Il paraît de plus possible pour cet auteur que : « l'attitude vicieuse imposée au fœtus par la lésion congénitale du sterno-cleïdo-mastoïdien ne soit pas étrangère à sa mode de présentation et aux difficultés obstétricales de son extraction ».

Mais quelles sont les causes de ces lésions congénitales ?

Couvelaire admet qu'il faut bien faire intervenir d'autres facteurs que ceux mécaniques invoqués par Petersen ou Nové-Josserand et Viannay, pouvant agir sur le fœtus *in utero*.

Les recherches histologiques de Couvelaire ont démontré dans les cas étudiés ci-dessus, que les lésions consistaient en une altération des fibres musculaires aboutissant à la dégénérescence de Zenker avec hyperplasie conjonctive.

Il s'agissait en somme d'une inflammation musculaire chronique. De là il n'avait qu'un pas à conclure que l'infection syphilitique pouvait être à la base de cette inflammation.

Cette idée fut déjà lancée par Pajet, Taylor et Fournier.

Ces auteurs pensent que dans certains cas les

indurations du sterno-mastoïdien constatées chez les nouveau-nés, pourraient être en rapport avec une myosite syphilitique, chose très probable, car comme on sait, c'est l'unique muscle de l'économie où l'on peut voir des manifestations tertiaires de la syphilis.

Dans un cas rapporté par Taylor il y avait même une éruption généralisée de nature spécifique.

Durante a vu un enfant, né à la suite d'une application très aisée de forceps, qui a présenté, dès les premiers jours après la naissance, des indurations bilatérales des deux sternó-mastoïdiens.

Ses recherches histologiques lui ont permis d'éliminer le traumatisme obstétrical, car il n'a trouvé aucune trace de pigment sanguin. Les lésions constatées plaidaient par contre nettement en faveur de la syphilis.

Couvelaire rapporte également 5 cas analogues.

Dans trois de ces cas les enfants n'ont subi aucun traumatisme obstétrical. Mais ce qui frappe Couvelaire particulièrement c'est que trois de ces enfants étaient issus de pères avouant la syphilis. Chez un d'eux on a constaté ultérieurement la luxation congénitale de la hanche.

L'auteur se demande donc, si, dans les cas précédents on ne pouvait attribuer la malformation de la hanche et les indurations du sterno-mastoïdien plutôt à la vérole paternelle qu'au traumatisme obstétrical.

Nous avons vu plus haut que Petersen considère

les lésions du muscle comme résultant de l'immobilisation prolongée en attitude vicieuse. Or, du moment qu'on a introduit la syphilis dans le domaine étiologique du torticolis congénital, ne pourrait-on amettre que ces lésions sont plutôt sous la dépendance des causes qui sont à l'origine de l'oligamnios et des brides amniotiques ?

Couvellaire en admet la possibilité et il estime que les causes lointaines qui déterminent l'état pathologique de l'œuf peuvent directement frapper les tissus du fœtus aussi bien que la membrane amniotique.

Il est probable, pour l'auteur, que les autres infections (tuberculose) ou intoxications (saturnisme) soient aussi responsables de ces lésions.

Quant à la syphilis, la preuve peut en être fournie, dans certains cas, par l'application du traitement spécifique. M. Lamy, s'inspirant de travaux ci-dessus énoncés, a fait faire à un enfant de moins d'un an, atteint de torticolis, chez qui il a soupçonné l'origine syphilitique de l'affection, des frictions mercurielles. Cet enfant était soumis en même temps au traitement orthopédique, et l'auteur a pu constater la guérison complète, sans pouvoir se prononcer sur la part qui revient à chacun de deux traitements concomitants.

Nous avons eu récemment l'occasion de voir un cas analogue dans le service de M. Lamy.

Il s'agissait d'un enfant âgé d'un mois, né par le siège, chez qui on a constaté à la consultation une

grosseur au niveau de son sterno-mastoïdien droit, et une légère inclinaison de la tête de même côté. L'examen du sang maternel a donné un Bordet-Wassermann positif et M. Lamy a décidé de commencer le traitement par les frictions mercurielles. A la suite de celle-ci on voyait la grosseur diminuer après trois mois et sa disparition complète au bout du mois suivant. Mais étant donné la persistance de l'inclinaison latérale de la tête, on a refait plusieurs séries de frictions. Actuellement, c'est-à-dire 4 ans après la naissance de l'enfant, on peut constater qu'il garde une légère inclinaison de la tête, mais le sterno-mastoïdien droit ne présente aucune rétraction. Nous voyons par conséquent que cette dernière notion pathogénique peut avoir une grosse importance pratique à l'encontre de toutes les autres que nous avons exposées, puisque les indications thérapeutiques sont toujours les mêmes, à condition qu'il s'agisse de torticollis musculaire.

Il nous reste enfin à envisager les opinions les plus récentes concernant la pathogénie du torticollis.

Sippel apporte en 1920 des faits qui confirment la possibilité de l'origine intra-utérine de l'affection.

Il a vu, en effet, une série de cas de torticollis congénital, même chez des enfants extraits par la césarienne, certains d'entre eux présentaient déjà des déformations secondaires comme une légère asymétrie faciale ou des inclinaisons rachidiennes compensatrices.

Les recherches anatomo-pathologiques faites par l'auteur ont mis en évidence l'ancienneté de la lésion qui se caractérise par l'atrophie et la sclérose musculaire, avec ou sans hémorragie.

En se basant sur ces faits il formule une théorie qu'on pourrait rapprocher de celle de Stromeyer et de Petersen.

Il emprunte à Stromeyer son argument principal : le traumatisme.

Mais pour Sippel ce dernier n'est nullement obstétrical. Il se produit au contraire longtemps avant la naissance de l'enfant pendant sa vie intra-utérine.

Il admet, enfin, avec Petersen le rôle joué par l'attitude vicieuse dans la formation de la déviation.

En somme la théorie de Sippel peut être ainsi résumée :

Le torticolis musculaire doit être considéré comme la conséquence d'une anomalie de développement du sterno-mastoïdien au cours de la gestation.

On doit rechercher la cause de cette anomalie dans l'attitude vicieuse en torticolis que prend le fœtus soit à la suite de manque de place dans l'utérus, soit sous influence de la compression intra-utérine pendant la grossesse ou même dans certain cas au cours du travail.

L'auteur se hâte de souligner que dans ces derniers cas les facteurs mécaniques exercent leur action avant que la tête soit soumise à une traction quelconque.

Ces causes doivent faire leur apparition d'une façon très précoce puisque Sippel est arrivé à reconnaître, grâce à des épreuves radiologiques que ces positions vicieuses de la tête par rapport à la colonne vertébrale, existent déjà dès le sixième mois de la gestation.

Les facteurs mécaniques, en agissant plus énergiquement, peuvent pour Sippel, provoquer facilement la rupture des minces vaisseaux sanguins de la face postérieure du sterno-mastoïdien, et créer ainsi un hématome.

L'auteur ajoute que les lésions musculaires sont d'autant plus accentuées que l'apparition de la position vicieuse est plus précoce, et d'autant plus graves que le manque de place et la compression intra-utérine plus prononcés.

Pour terminer cette étude pathogénique du torticolis dit congénital, il ne nous reste plus qu'à signaler la communication faite par Schanz au XXIII^e congrès de la Société Orthopédique Allemande.

Cet auteur développe, à l'appui de sa thèse, les mêmes arguments que ceux qui sont à la base de l'hypothèse de Stromeyer.

Il conclut donc à l'origine obstétricale de l'affection.

Quelles conclusions devons-nous tirer de tout ce qui était dit jusqu'à présent sur la pathogénie du torticolis ?

Nous croyons que chacune des théories exposées contient une partie de la vérité.

Il faudrait être éclectique et admettre que le torticolis mérite bien dans de nombreux cas la qualificatif de « congénital », mais dans certains autres aussi celui d' « obstétrical ».

LE TRAITEMENT.

La thérapeutique du torticolis dit congénital a à sa disposition deux sortes de moyens : les uns sont d'ordre mécanique ou orthopédique, les autres appartiennent au domaine de la chirurgie. Chacun d'eux a ses indications spéciales.

En réalité, presque tous les auteurs sont d'accord sur le fait que le traitement mécanique qui consiste en mouvements passifs de redressement, de massage, etc., convient aux cas de torticolis légers, avec rétraction peu accentuée du sterno-mastoïdien et aux tous jeunes enfants, chez lesquels on ne saurait pratiquer sans danger une intervention chirurgicale.

Le traitement opératoire est réservé à tous les autres cas.

Nous nous inspirons pour l'exposé du traitement des travaux de M. Lamy.

Cet auteur distingue à ce point de vue là 2 catégories de malades : les nourrissons d'une part, les enfants ayant dépassé 2 ans et les adultes d'autre part.

En présence d'un nourrisson atteint de torticolis

M. Lamy se pose d'abord la question si la déviation est réductible.

Il essaye donc de la corriger et pour cela il a recours aux mouvements passifs de la tête de l'enfant, faits dans un sens opposé à celui de la difformité.

Prenons comme exemple un torticolis congénital gauche étant caractérisé par l'inclinaison de la tête sur l'épaule gauche, la rotation du menton vers l'épaule droite, et par la flexion de la tête sur la poitrine. Les mouvements passifs imprimés à la tête consisteront en sa rotation à gauche, l'inclinaison vers l'épaule droite et l'extension. Si ces manœuvres peuvent être exécutées simultanément et d'une façon complète, M. Lamy juge qu'il est temps encore de recourir au simple traitement orthopédique puisque l'affection peut être considérée comme réductible.

On tâchera donc de produire le redressement de la déviation par le moyen des mouvements ci-dessus énoncés qu'on fait exécuter à l'enfant placé en décubitus dorsal, 2 ou 3 fois par jour.

Pour ne pas perdre les bénéfices de ce traitement, dans les intervalles des séances de gymnastique, M. Lamy conseille de faire porter à l'enfant un collier de caoutchouc, dont nous donnons la reproduction.

Ce collier a pour but de maintenir constamment la tête en état d'hypercorrection. Il est donc circulaire, mais interrompu en un point de sa circonfé-

rence. Ses deux extrémités sont effilées, alors que le milieu est renflé. L'appareil qui est gonflé d'air est appliqué de telle façon que sa partie renflée corresponde au côté malade (fig. 1).

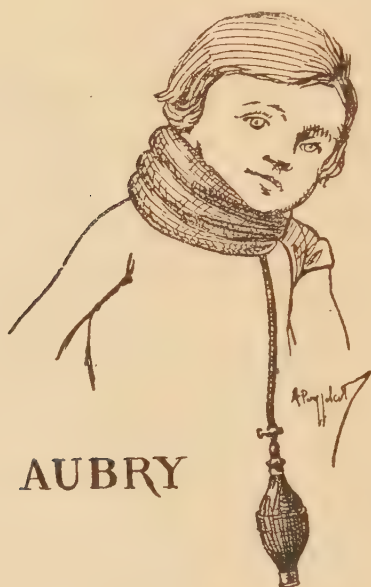


Fig. 1. — Collier en caoutchouc, mis en place et gonflé.
Il redresse le menton et la tête (emprunté de M. Lamy).

A la suite de ce traitement on voit disparaître la déviation de la tête au bout de deux ou trois ans.

Les cas de torticolis d'emblée irréductibles ou restés tels malgré le traitement que nous venons de décrire, sont par contre justiciable du traitement opératoire.

Mais nous avons vu que M. Lamy croit utile de

faire intervenir dans certains cas le traitement spécifique en même temps que les procédés orthopédiques de correction.

Ajoutons encore que cet auteur insiste sur la nécessité d'avoir recours à la médication spécifique, non seulement dans les cas où l'un ou l'autre des ascendants présente des accidents syphilitiques, mais, comme il dit : « même si vous n'avez que des présomptions, des doutes, si en palpant le sternomastoïdien vous avez senti quelques petites masses ovoïdes, disséminées çà et là dans son corps charnu, plus ou moins irrégulières, légèrement empâtées, n'hésitez pas. Ayez recours aux frictions mercurielles ». Il est donc important de retenir cette indication possible du traitement spécifique.

Nous avons vu que son application, dans les deux cas de M. Lamy rapportés plus haut, a été suivi d'un résultat satisfaisant. Envisageons maintenant le traitement chirurgical.

Nous connaissons déjà ses indications et nous savons également que M. Lamy le réserve au cas où les épreuves de corrigibilité de la déviation sont restées négatives et où le traitement orthopédique a donné des échecs.

Ce n'est pas l'avis de certains auteurs étrangers comme Leroy von Lackum (New-York), Hohmann, Schubert, Sippel, Spitzzy.

Parmi ces auteurs surtout, Spitzzy insiste sur la nécessité d'un traitement chirurgical aussi précoce que possible.

Ce chirurgien viennois croit pouvoir, en procédant ainsi, éviter toutes les déformations secondaires qu'on constate chez les petits malades atteints de torticolis congénital : asymétrie faciale, courbures de compensation de la colonne vertébrale, déviation de l'axe des yeux, etc.

Si la majorité des chirurgiens, dit-il, ne pratique pas une intervention chirurgicale à un âge aussi tendre, c'est à cause des facteurs de gravité, comme l'anesthésie, le refroidissement et la perte même minime de sang, tous très préjudiciables à la vie d'un nourrisson.

Spitzzy affirme qu'on peut éviter toutes ces difficultés.

Il n'opère que les nourrissons pesant plus de 3000 gr. et dont la courbe de poids est satisfaisante.

Sans aucune anesthésie ou après quelques gouttes d'éther, si l'enfant est plus âgé, il fait une incision dans le sillon du cou et pratique la myotomie du sterno-mastoïdien ou sa résection au besoin. Il immobilise ensuite l'enfant pendant 6 à 8 semaines dans un lit plâtré qui doit suffire puisque l'enfant ne marche pas encore.

Cet auteur publie 9 cas opérés selon son procédé, tous avec d'excellents résultats : aucune récurrence, guérison définitive.

Sippel, qui, comme nous avons vu, est arrivé à diagnostiquer le torticolis déjà pendant la vie intra-utérine du fœtus, préconise ce traitement au cours

de la quatrième ou cinquième semaine après la naissance de l'enfant.

Leroy von Lackum, se basant sur ses observations cliniques, constatant que les nourrissons qui présentent des indurations au niveau de leur sterno-mastoïdien, sont ultérieurement atteints de torticolis ; conseille d'extirper complètement aussitôt que possible tout ce qui est dur à la palpation du muscle. Les brèches ainsi formées se combleraient du tissu cellulo-graisseux.

Il maintient ses opérés pendant 4 jours en position d'hypercorrection et commence les massages quinze jours après l'opération.

Il a procédé ainsi dans 4 cas et il a obtenu de bons résultats fonctionnels.

Néanmoins on doit considérer l'opération de L. von Lackum comme inutile.

En effet, nous savons qu'il n'est pas fatal de voir un sterno-mastoïdien, présentant des indurations, évoluer ultérieurement vers le torticolis.

Nové-Josserand, Ombredanne et récemment Harrenstein les ont vues complètement disparaître dans presque la moitié des cas observés, sans avoir donné lieu à des complications et sans que ces auteurs aient eu à employer un traitement quelconque.

Quant au procédé opératoire de Spitzzy et Sippel nous n'avons pu trouver dans la littérature des renseignements sur l'opinion des chirurgiens français en cette matière.

Nous avons vu par contre que Nussbaum de Göt-

tingen a constaté l'asymétrie chez un grand nombre de ses malades, opérés d'une façon précoce.

Nous nous permettons donc de faire observer que si les principes dont s'inspire la méthode de Spitzzy sont bien justifiés, il nous paraît préférable, — avant de faire subir à un nourrisson de 4 à 6 semaines comme le veut Sippel, une opération chirurgicale, — d'avoir recours aux procédés orthopédiques d'essais tels que ceux employés par M. Lamy.

On évite ainsi le risque de dangers que comporte, malgré les précautions prises par Spitzzy, une opération pratiquée à une époque aussi précoce de la vie, quitte à la faire quelques mois plus tard, si les simples moyens mécaniques sont restés inefficaces.

Passons maintenant à l'étude des diverses méthodes qui ont été proposées pour le traitement chirurgical du torticolis.

Nous verrons qu'elles sont assez nombreuses et nous nous forcerons d'exposer toutes celles qu'ont été publiées jusqu'à ces dernières années.

Nous tâcherons de mettre en évidence leurs avantages et leurs défauts, en faisant dans chaque cas la comparaison avec le procédé que nous croyons le meilleur : la ténotomie sous-cutanée.

Ceci nous oblige de préciser, avant d'aller plus loin, sur quels critères nous basons-nous pour juger la valeur d'une méthode.

Nous croyons, en effet, que, si la majorité des auteurs exigent avec raison d'une méthode opératoire du torticolis des bons résultats fonctionnels et

de n'offrir que le minimum de risques de récidence, ils n'attachent pas une grande valeur à l'aspect esthétique des résultats post-opératoires. On doit éviter, notamment, que l'acte opératoire ne laisse après lui une grande cicatrice, difficile à dissimuler et qui dans beaucoup de cas a tendance à devenir cheloïdienne. Ce point de vue acquiert une grande importance surtout en présence de sujets de sexe féminin.

Nous verrons plus loin que la ténotomie sous-cutanée met à l'abri de cet inconvénient en donnant en même temps toutes les garanties de réussite.

Une autre notion doit retenir notre attention, celle-ci d'ordre anatomo-pathologique.

M. Lamy rappelle que souvent ce n'est pas le sterno-mastoïdien seul qui est rétracté mais sa gaine devenue fibreuse s'oppose également au redressement de la tête.

L. Delrez ajoute que la rétraction fibreuse s'étend fréquemment, même en dehors du muscle, sur une grande étendue de l'aponévrose cervicale superficielle qui participe ainsi à un degré variable à la constitution de la déviation.

« La déviation en torticolis », dit-il, « est le fait de l'appareil musculo-aponévrotique, constitué par le sterno-mastoïdien et l'aponévrose cervicale superficielle ».

De là une indication importante au cours de l'intervention, comme nous le verrons plus loin.

Parmi les méthodes opératoires du torticollis la plus radicale est celle de Mikulicz.

Décrite par cet auteur en 1895 elle consiste en résection du sterno-mastoïdien malade.

On a été obligé d'abandonner l'extirpation complète du muscle ainsi que le conseillait Mikulicz à cause du danger de blesser le nerf spinal et la veine jugulaire interne et les chirurgiens qui emploient actuellement cette méthode se bornent à la résection partielle.

Sa technique modifiée consiste en une incision longitudinale conduite entre les 2 chefs du sterno-mastoïdien. Le muscle mis à nu est sectionné au ras de ses insertions inférieures. Puis, en inclinant la tête et en la faisant tourner vers le côté sain, on attire le muscle à travers la plaie et on en résèque les 2/3 inférieurs. L'opération est terminée par l'application d'un simple pansement. Elle ne réclame aucun soin consécutif.

Cette résection partielle n'est, il est vrai, ni plus difficile ni plus grave que la simple ténotomie.

Elle présente de plus deux avantages assez sérieux :

1° En enlevant radicalement la cause du mal : la partie du muscle atteinte de myosite fibreuse, on réduit au minimum les risques de récurrence ;

2° Le traitement est très simplifié du fait qu'on arrive à obtenir la correction de la déviation sans être obligé de recourir aux soins orthopédiques post-opératoires.

Les résultats fonctionnels de cette opération sont satisfaisants dans la majorité des cas.

Arrou, Fredet et Desmaret ont eu sur 28 enfants opérés, 21 réussites parfaites et 7 qui l'étaient moins.

Ces auteurs citent également Friedberg qui compte 2 échecs sur ses 15 cas et Willener de Rostock qui a eu un cas d'échec sur 16 enfants qu'il a opérés.

Mais cette méthode si elle a des qualités, ses inconvénients ne sont point de nature à pouvoir être négligés.

D'abord, la suppression même partielle du sterno-mastoïdien a pour conséquence l'aplatissement unilatéral du cou.

Pour Schubert de Königsberg ce désavantage n'existe pas.

Il est partisan d'une intervention aussi radicale que possible, donc extirpation complète du muscle et de tout le tractus fibreux. Malgré cette exérèse large, il n'aurait jamais vu la disparition définitive de la saillie latérale, formée par le muscle, parce qu'elle régénérerait sous forme de cordon fibreux.

Pourtant l'opinion de Schubert ne paraît pas être complètement confirmée, comme il résulte de la communication faite par Nussbaum de Göttingen. Cet auteur après avoir opéré 31 enfants par la méthode de Mikulicz n'a pu voir cette régénération que dans 1/4 des cas. Puis, la réparation de la plaie

opératoire, qui doit être suffisamment large, se fait par une cicatrice calleuse, ayant tendance à se rétracter.

Au point de vue esthétique cette méthode ne présente que des inconvénients.

Aussi ne compte-t-elle, tout au moins en France, qu'un nombre limité de partisans.

Arrou, P. Fredet et Desmaret croient qu'elle est indiquée dans les cas où la ténotomie semble insuffisante pour donner de bons résultats.

Ombredanne qui l'a pratiquée longtemps, la conseille dans les cas qui ont récidivé après la ténotomie sous-cutanée, mais sans reconnaître à la méthode de Mikulicz d'avantages bien nets sur cette dernière opération.

L. Delréz estime qu'il n'y a nul inconvénient à réséquer la partie inférieure du sterno-mastoïdien transformé en une masse fibreuse, sur une longue étendue. Mais pour lui ce temps opératoire n'est que d'importance secondaire si on le compare à la nécessité absolue de sectionner largement l'aponévrose cervicale superficielle.

Nous ne dirons que quelques mots de la méthode de Föderl. Cet auteur, guidé par le souci d'éviter la perte définitive de l'action du sterno-mastoïdien, préconise l'allongement du muscle par un procédé plastique.

Pour cela il pratique la section de son chef claviculaire au niveau de son insertion et celle du chef

sternal au point où ces deux chefs du muscle se séparent.

Pour Nové-Josserand une telle méthode n'est pas susceptible de généralisation.

Elle offre des grands risques de récédive et ce dernier auteur la considère d'une utilité très limitée.

Ses inconvénients sont les mêmes que ceux de la méthode précédente. Elle n'est d'ailleurs employée que par quelques chirurgiens : Von Frisch, Kirschmayer en Allemagne.

Il en est de même du procédé opératoire lancé par Wullstein. Ce chirurgien sectionne le muscle du côté malade tandis qu'il raccourcit celui de l'autre côté.

Hohmann de Munich qui cite cette méthode dans son rapport au 23^e Congrès de la Société Allemande d'Orthopédie, insiste sur ses inconvénients : endommagement du muscle du côté sain, la formation ultérieure d'une double cicatrice, deux défauts qui suffisent tant au point de vue fonctionnel qu'esthétique pour l'écarter. Nous ne ferons qu'une mention de la section du sterno-mastoïdien au niveau de ses insertions supérieures, conseillée en Allemagne par Lange, Beck et Kölliker, et Bassetta de Milan, de même que de la section simultanée des insertions supérieures et inférieures du muscle, préconisée par Riedinger et également pratiquée dans quelques cas très graves par Putti en Italie.

Ce sont des méthodes très peu connues et rarement employées. Elles offrent en effet, tous les in-

convénients des méthodes que nous venons de décrire, sans présenter d'avantages bien réels. Fränkel de Berlin a fait une communication au 16^e Congrès de la société orthopédique allemande qui a eu lieu en 1921, d'un nouveau procédé opératoire inventé par lui.

Après avoir fait une incision longitudinale au niveau de la saillie formée par le sterno-mastoïdien et mis à nu le muscle, il en pratique la myotomie ou sa résection limitée au besoin.

Ensuite, il applique plusieurs sutures transversales et parallèles sur la partie de la gaine du muscle, comprise entre les deux moignons qui résultent de la section musculaire.

Il arrive ainsi à créer un tractus fibreux intermédiaire qui, d'après cet auteur, devrait favoriser la réunion ultérieure du muscle sectionné. La tête est enfin immobilisée par un bandage plâtré pendant 3-4 semaines.

Fränkel rapporte les résultats des opérations faites selon son procédé. Sur 56 cas il n'a eu que 20 résultats favorables, les autres ont récidivé, probablement à cause de la rétraction de la gaine musculaire, respectée par ce chirurgien pendant l'intervention. Cette méthode a donc soulevé une grande discussion.

Les auteurs allemands comme Mayer, Schanz et Wullstein la critiquent vivement.

Ce dernier qualifie la régénération à laquelle

visé la méthode de Fränkel d' « un risque très osé ».

Schubert s'élevant également contre Fränkel, rappelle que les sujets atteints de torticolis ont une **tendance morbide** à la formation de cicatrice rétractile, il conclut donc que l' « essentiel de notre traitement doit être une âpre lutte contre cette tendance et non l'attente de la régénération, comme le veut Fränkel. »

Schanz ajoute enfin, qu'il faut chercher la cause d'un grand nombre d'échecs obtenus par Fränkel dans l'insuffisance des soins post-opératoires observés par ce chirurgien.

Il estime donc que si Fränkel avait employé le collier inventé par lui, sur lequel nous reviendrons plus tard, les résultats auraient été beaucoup meilleurs.

Il faut faire une place à part, dans cette étude du traitement opératoire, au redressement non sanglant préconisé par Lorenz. La conduite à tenir est la suivante :

Le malade endormi, le tronc étant fixé par un aide, l'épaule du côté de la déformation fortement abaissée et la tête du malade portée du côté opposé pour tendre solidement le muscle rétracté. Le chirurgien exerce alors sur le muscle, immédiatement au-dessous de ses insertions, des pressions énergiques à l'aide des pouces. Un craquement indique que le muscle a cédé. L'on fait alors des mouvements énergiques de torsion pour redresser la scoliose

cervicale et l'on fixe ensuite la tête en hypercorrection par un bandage plâtré.

Cette brusque correction de la déviation est très dangereuse. Nous verrons plus loin que les auteurs qui l'ont employée, comme deuxième temps opératoire de la ténotomie ont eu à déplorer des cas de mort.

Aussi, malgré le gros avantage constitué par l'absence de cicatrice ce procédé de traitement a dû être abandonné.

Ses résultats sont d'ailleurs incertains.

Lorenz compte 6 succès et 6 échecs sur 12 cas.

Nous avons exposé jusqu'ici des méthodes opératoires, dont les unes n'ont aujourd'hui qu'une valeur historique et dont les autres sont rarement employées.

Envisageons donc maintenant le traitement chirurgical moderne du torticolis congénital, ainsi qu'on l'emploie dans la pratique courante. Il consiste actuellement en la ténotomie.

Ce procédé opératoire n'est pourtant nullement une innovation chirurgicale puisqu'il a déjà été employé par Dupuytren.

Il est évident que cette ténotomie a dû être « sous-cutanée » à l'époque où a vécu ce grand Maître de la chirurgie française et où on a eu à craindre encore l'infection secondaire de la plaie chirurgicale. Mais à la suite des progrès de l'asepsie, les chirurgiens se sont familiarisés avec les interventions plus importantes.

La ténotomie à son tour a subi le même sort : de sous-cutanée qu'elle était, elle est devenue une « ténotomie à ciel ouvert ».

Néanmoins, après avoir été abandonnée pendant près d'un quart de siècle, elle a été tirée de l'oubli à une époque où l'asepsie arrive à un maximum de perfection, par des chirurgiens animés, cette fois-ci, par des soucis d'ordre esthétique.

Pratiquement donc, deux méthodes opératoires se partagent les faveurs des chirurgiens.

Ce sont la ténotomie sous-cutanée et la ténotomie à ciel ouvert. Décrivons d'abord cette dernière.

Sa technique diffère de quelques détails suivant les auteurs.

Ainsi, tandis que Verneuil, Kirmisson, Quénu préconisent l'incision transversale, Volkmann la pratique le long du bord externe du muscle, Phocas, Vincent et Levret le long de son bord interne, enfin Lorenz recommande de la faire entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. C'est ce dernier procédé qui a été adopté par Nové-Josserand.

Cet auteur fait une incision aussi courte que possible pour mieux dissimuler la cicatrice, mais assez grande pour bien voir dans la plaie. On arrive à la gaine du muscle, on l'ouvre et après avoir isolé chacun de ces deux chefs on les charge successivement sur une sonde cannelée et on les coupe.

L'opération est terminée alors par la section ou par la dilacération aux doigts des fibres musculaires

et conjonctives qu'on trouve en explorant la plaie, tandis que la tête est fortement inclinée du côté sain.

On libère ainsi, tout ce qui offre une résistance et s'oppose au redressement de la tête. On ne doit pas s'arrêter dans cette besogne avant que les tissus soient complètement souples, si l'on veut avoir des résultats favorables.

Pour L. Delrez qui, comme nous avons vu, attribue un rôle très important à la rétraction de l'aponévrose cervicale superficielle dans la production de la déviation, l'intervention n'est complète qu'à condition de prolonger l'incision. Il conseille donc de la faire transversalement au delà de la gaine du muscle jusqu'au bord externe du trapèze.

Il considère ce temps opératoire comme de première importance et un moyen sûr permettant d'éviter la récurrence.

Lorenz ajoute son procédé du redressement forcé de la scoliose cervicale comme un dernier temps opératoire.

Nous en connaissons déjà les dangers.

En effet, il faut faire cette manœuvre lentement et progressivement et Lorenz rappelle, que le résultat ne doit être obtenu qu'au bout de 15 à 20 minutes.

Malgré ces précautions, Nové-Josserand en employant ce procédé, a eu un cas mortel et cite Reinert qui a publié un cas analogue.

Cette correction brutale, si dangereuse, est d'ail-

leurs complètement inutile, si on a bien libéré les tissus rétractiles.

Aussi Nové-Josserand l'a-t-il abandonnée.

Cet auteur ne croit pas nécessaire d'immobiliser la tête, après l'intervention, par un bandage plâtré.

Il n'applique qu'un simple pansement fixant la tête légèrement inclinée sur l'épaule du côté sain.

Il insiste, par contre, sur l'importance du traitement orthopédique consécutif, constitué par des massages et des manœuvres gymnastiques de correction, de même que par l'emploi d'appareils bien connus, comme celui de Sayre, de Lorenz, etc.

L. Delrez considère ces soins post-opératoires comme superflus. « Les mouvements habituels que l'enfant est amené à exécuter spontanément et au cours de ses jeux suffisent, affirme-t-il, pour rendre au cou sa mobilité normale. »

Il a employé sa méthode dans 10 cas. Cinq de ses malades étaient âgés de 5-10 ans et cinq de 10-14 ans. Tous ses résultats ont été rapides et très satisfaisants.

Les auteurs allemands sont du même avis que Nové-Josserand en ce qui concerne le traitement post-opératoire.

Seulement le moyen qu'ils emploient pour cela diffère suivant chacun d'eux.

Ainsi Sippel est pour les bandages plâtrés et la gymnastique orthopédique.

Spitzzy et Harrenstein immobilisent leurs opérés

qui ont subi la ténotomie à ciel ouvert dans un lit plâtré correcteur.

Ce dernier auteur a récemment (1930) publié les résultats qu'il a obtenu à la suite d'application de ce procédé.

Il a soigné entre 1921-1928 35 nourrissons et petits enfants atteints de torticolis.

Parmi ces sujets aucun n'était plus âgé de 20 mois.

Les procédés du traitement consistaient : lit plâtré correcteur, ténotomie sous-cutanée, ou les deux combinés.

Et voilà les conclusions auxquelles il aboutit :

Le traitement par le lit plâtré ne donne pas à lui seul des résultats satisfaisants. Au début on observe bien que la tête commence à prendre la position normale, mais cet état ne se maintient pas.

La moitié des cas de Harrenstein ainsi traité, a récidivé.

La ténotomie seule n'empêche pas non plus la récidive de se faire.

Par contre, de très bons résultats donne la ténotomie à ciel ouvert suivie d'immobilisation dans un lit plâtré.

Schanz a imaginé un collier spécial en coton qu'il serre autour du cou de ses opérés, de même qu'il l'emploie seul chez les enfants avec une déviation légère susceptible de guérir à la suite d'un simple traitement orthopédique.

Ce collier est employé en Italie par Bassetta et compte de nombreux partisans en Allemagne.

Mais son application ne doit pas être exempte de dangers, puisque nous avons trouvé dans le *Zeitschrift f. orth. chirurgie* de 1924 la communication de Blencke qui, après avoir serré le cou de son opéré par le collier de Schanz, a vu survenir 3 semaines après l'intervention, de l'autre côté de celui opéré, une paralysie du plexus brachial à type Erb. L'enfant a d'ailleurs guéri à la suite d'électrisation et de massages.

Quels sont les avantages de la ténotomie à ciel ouvert ?

Ils sont assurément considérables.

D'abord, l'opérateur a la possibilité d'agir sous le contrôle de la vue, ce qui lui permet aisément de faire une opération complète et d'enlever tout ce qui peut rendre le résultat opératoire moins parfait ou bien être la cause de récédive.

Elle ne présente, ensuite, aucun danger et ses résultats fonctionnels, comme nous l'avons vu, sont satisfaisants.

Mais nous allons voir que la ténotomie sous-cutanée, malgré qu'elle n'offre pas le premier avantage présenté par celle à ciel ouvert, est de nature à pouvoir satisfaire le chirurgien de tous les autres points de vue, sans en avoir le gros inconvénient : de laisser une cicatrice inesthétique à la base du cou.

C'est à Jalaguier que revient le mérite d'avoir

réintroduit la ténatomie sous-cutanée dans l'arsenal de la chirurgie moderne, il y a une quarantaine d'années.

C'est lui qui en a précisé la technique opératoire.

Cette méthode est actuellement couramment employée par son élève M. Lamy dans le service d'Orthopédie de l'Hospice des Enfants-Assistés.

C'est également à la ténatomie sous-cutanée que donne ses préférences le Prof. Ombredanne.

A Bordeaux elle est pratiquée par H.-L. Rocher qui, convaincu d'abord de la supériorité de la ténatomie à ciel ouvert, l'a ensuite abandonnée, depuis 1913, pour devenir partisan de la ténatomie sous-cutanée.

Sa réapparition dans le domaine chirurgical a donné lieu à une vive discussion.

On lui a fait des objections assez sérieuses.

En effet, les adversaires de cette méthode invoquent contre elle la notion anatomo-pathologique, sur laquelle nous avons insisté plus haut. A savoir, que la rétraction fibreuse atteint aussi bien que le muscle, la gaine qui l'enveloppe et s'étend même sur l'aponévrose cervicale superficielle.

Or, ils tentent de démontrer que cette rétraction n'est plus accessible efficacement par voie sous-cutanée et seule l'opération large à ciel ouvert peut atteindre la cause du mal.

Elle serait donc, pour eux, une intervention incomplète et partant, source de récidives.

Certains de ces auteurs admettent son utilité au

plus pour des cas rares, avec rétraction fibreuse négligeable (Delrez) ou avec prédominance de lésions sur le chef sternal (Bassetta).

Ils reprochent, en plus, un autre inconvénient à la ténatomie sous-cutanée : les risques de blesser les gros vaisseaux du cou.

Nous verrons que ces craintes ne sont pas justifiées.

En réalité, Jalaguier a démontré qu'on peut bien se mettre à l'abri des récidives sans avoir sectionné les brides musculo-aponévrotiques, qui restent intactes après la ténatomie.

Pour cela il est suffisant de les rompre avec les doigts.

Quant aux dangers de blessure des vaisseaux cervicaux, nous allons démontrer les procédés qui permettent de les éviter.

Voici donc les détails de la technique employée par M. Lamy :

L'enfant étant endormi on le couche de façon que sa tête porte à faux. La saillie du sterno-mastoïdien devient ainsi très évidente. La tête est maintenue par un aide, qui en appliquant le masque d'anesthésie porte la tête en même temps en extension et en forte inclinaison vers le côté opposé à celui qu'on opère. Pour intéresser à la fois les deux chefs du sterno-mastoïdien, on doit sectionner ses insertions à deux bons travers de doigt au-dessus de la clavicule.

Mais avant d'introduire le ténotome, il faut s'assu-

rer contre le danger de piquer une veine superficielle du cou.

Le chirurgien est donc obligé de repérer avant tout la veine jugulaire externe.

Et voilà comme M. Lamy conseille de procéder



Fig. 2. — Côté droit. Le pouce écarte la veine jugulaire externe, tandis que le muscle est chargé sur la pulpe de la troisième phalange de l'index (emprunté de M. Lamy).

pour éviter de blesser cette veine. « S'il s'agit du côté droit » — dit-il — « après l'avoir repoussé en dehors à l'aide de la main, on arrondit le bras gauche, en tournant le coude vers la tête du malade et on saisit le muscle comme pour l'énucléer, le pouce étant en dehors et l'index en dedans. On tire forte-

ment sur le muscle, en haut, en le chargeant sur la pulpe de l'index pendant que le pouce fixe et écarte la jugulaire externe. Celle-ci étant ainsi maintenue hors de l'atteinte du ténotome, la main droite reprend sa liberté. »

On introduit alors le ténotome aigu.

M. Lamy insiste également sur le fait qu'on ne

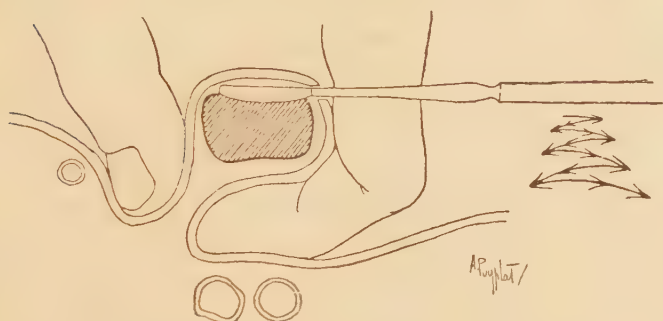


Fig. 3. — Schéma montrant le ténotome mousse coupant d'avant en arrière le muscle. Le pouce écarte la jugulaire externe, l'index, coiffé du pli de peau, protège les vaisseaux profonds (due à l'obligeance de M. Lamy).

doit jamais enfoncer cet instrument derrière le muscle car on risque ainsi de piquer dans une veine profonde.

Il faut donc l'introduire, horizontalement, dans ce cas-là, de dedans en dehors et entre la peau et le muscle, juste au-dessus de la portion du muscle qui est chargé par l'index (fig. 2).

On lui substitue alors le ténotome mousse et après avoir tourné son tranchant vers le muscle, on sectionne à petits coups tout ce qui se trouve compris

entre l'instrument et le pli de peau qui coiffe l'index (fig. 3).

Cette manœuvre devient plus aisée s'il s'agit d'opérer le côté gauche. C'est alors l'index de la main gauche qui doit écarter la jugulaire externe, tandis que le muscle est chargé sur le pouce.

Nous voyons donc qu'il est difficile dans des pareilles conditions de provoquer la blessure d'une veine.

Nous avons eu l'occasion de le constater en assistant aux opérations de torticolis faites par M. Lamy.

« Il faudrait bien de la maladresse pour ouvrir la jugulaire interne » dit Ombredanne.

Cet auteur fait aussi observer, avec raison, que même si cette éventualité se présentait, ce n'est pas une raison pour préférer la tenotomie à ciel ouvert, car il sera toujours temps de transformer la ponction en incision.

On passe ensuite au moment très important de l'opération : la rupture des adhérences fibreuses.

Nous connaissons les conseils donnés par Jalauguié à ce propos. Ajoutons encore quelques détails de ce procédé ainsi que nous l'avons vu faire par M. Lamy.

La tête est toujours maintenue en extension, inclinée du côté opposé à celui où on opère, et le menton tourné vers le côté malade, pour tendre au maximum le muscle et permettre de bien sentir la gaine rétractée.

L'opérateur saisit alors de ses deux mains la base

du cou en réunissant les ponces sur le sterno-mastoïdien au niveau de la section. Il exerce une forte pression sur la gaine du muscle en faisant en même temps avec ses ponces des mouvements de va et vient de bas en haut jusqu'à sa rupture.

A un certain moment le cou devient complètement libre.

Mais ce n'est pas là la fin de l'opération.

M. Lamy insiste sur la nécessité d'immobiliser immédiatement la tête dans une bonne position.

C'est un temps opératoire d'importance primordiale dont dépend le succès de l'intervention.

La tête doit être maintenue en hypercorrection et on ne doit pas craindre d'exagérer cette attitude parce qu'on sera heureux de voir après avoir enlevé l'appareil qu'elle se trouve exactement dans la bonne position.

Pour cela on continue l'anesthésie et après avoir appliqué un léger pansement sur la petite plaie opératoire on roule des bandes plâtrées sur le tronc, le cou et la tête.

C'est un moment assez délicat pour l'aide-anesthésiste, qui exige de lui une certaine habileté.

Dès que l'appareil est sec on l'échancre de façon qu'il s'oppose au rapprochement de la tête à l'épaule du côté opéré, tandis qu'il donne à l'enfant la liberté de faire de l'autre côté des mouvements pouvant encore davantage exagérer la correction.

On libère également dans une certaine mesure le

thorax, puisqu'il est utile de le laisser enserré circulairement.

L'appareil possède ainsi un certain jeu, très favorable au résultat cherché.



Fig. 4.

Fig 5.

Fig. 4. — Torticolis congénital droit, avant l'opération.

Fig. 5. — Le même opéré et immobilisé dans l'appareil plâtré en position de l'hypercorrection. Le plâtre échancré permet les mouvements d'extension et d'inclinaison de la tête à gauche.

Nous donnons la reproduction de l'appareil échancré dans la figure ci-contre (fig. 4 et 5).

Kirmisson conseille d'employer dans le cas où l'on n'a pas sous la main des bandes plâtrées, l'appareil suivant :

On fixe un bandage autour du thorax. Un autre autour de la tête. On les réunit ensuite par des gros drains en caoutchouc qui sont fixés en haut au niveau de la protubérance occipitale et au-dessous du mamelon en bas.

On crée de telle façon un sterno-mastoïdien artificiel, qui mis en tension convenable, peut assez bien remplacer l'appareil plâtré.

L'immobilisation dure de 3 à 4 semaines.

Au bout de ce temps on enlève l'appareil et on commence les séances de gymnastiques, pendant lesquelles on fait faire à l'enfant les manœuvres que nous avons décrites à propos des essais de correction. Le professeur Ombredanne conseille des soins post-opératoires, qui diffèrent de ceux préconisés par M. Lamy.

Il immobilise bien ses opérés pendant 3 semaines, mais il ne croit pas que l'appareil plâtré soit indiqué pour obtenir ce but. Pour lui l'enfant ne serait pas suffisamment contenu dans l'appareil et il aurait toujours tendance à se soustraire à son action en élevant l'épaule du côté de la lésion.

Ombredanne préfère donc le procédé que voici :

Dès le troisième jour après l'opération, on fixe la main du côté sain sur la tête, l'appliquant sur l'occiput par un pansement ouaté. L'enfant se promenant ainsi, la fatigue ne tarde pas à entraîner sous l'action du poids du membre, la tête de ce côté. Alors on fait porter à l'enfant avec la main de

l'autre côté une charge réglée opportunément (un petit sceau avec plus ou moins de sable).

On réalise ainsi une sorte de contre-extension continue.

Pour Ombredanne cette façon de procéder est supérieure à l'application des appareils inamovibles qui, dit-il, « supposés fixés, ne le sont jamais ».

A ce propos nous faisons cette remarque que l'appareil plâtré ainsi que le préconise M. Lamy, n'a pas pour but d'immobiliser rigoureusement comme dans un mal de Pott par exemple. Si l'appareil permet à l'enfant des mouvements de la tête, mais dans un sens utile, cela ne peut que nous promettre de meilleurs résultats. Nous verrons d'ailleurs, qu'ainsi qu'il découle de nos observations, que l'application de cet appareil plâtré assure une correction et un maintien post-opératoire très satisfaisant. Nous avons pu nous convaincre nous-mêmes que les enfants s'adaptent à l'appareil plâtré avec une facilité étonnante.

Il nous paraît intéressant de rapporter ici quelques données statistiques que nous avons pu déduire en étudiant 91 observations de torticolis congénital, recueillies dans le service de M. Lamy.

Sur 91 cas nous trouvons :

Quant au mode de naissance :

31 sièges, 14 accouchements laborieux avec application de forceps, 1 grossesse gémellaire, 1 version par manœuvres externes ; donc environ 50 % d'accouchements dystociques.

Quant au sexe :

41 garçons, 50 filles.

Quant au côté de la lésion, sur 85 cas :

42 étaient du côté gauche, 43 du côté droit.

La ténotomie sous-cutanée suivie d'immobilisation immédiate dans un appareil plâtré hypercorrecteur a été pratiquée dans 42 cas.

Dans un cas l'affection a récidivé.

Le résultat immédiat et éloigné a été parfait dans 41 de ces cas. Cette méthode, M. Lamy l'emploie depuis 1909.

Nous avons pu retrouver et réexaminer 6 des enfants opérés par M. Lamy.

Ce sont ces cas là dont nous publions ici les observations, en les illustrant par des documents photographiques, pris par nous récemment.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

V.-N., sexe féminin, 3 ans. Torticolis gauche.

Torticolis par rétraction du sterno-mastoïdien gauche, qui porte surtout sur le chef claviculaire du muscle.

23-2-1926. — Ténotomie sous-cutanée de 2 chefs.

Plâtre en hypercorrection.

Dans l'après-midi du jour de l'opération on constate une hémorragie abondante inondant le plâtre.

Hématome du muscle sectionné. Hémophilie (?).

On fait une injection d'anthéma.

24-2-26. — Ne saigne plus.

16-4-26. — Excellent résultat.

Nous l'avons réexaminé le 5-2-1931. Excellent résultat.

Photographiée le même jour. Fig. 7.

OBSERVATION II

L. B..., sexe féminin, 9 ans. Torticolis gauche.

Née à terme, sommet, accouchement normal.

Vers 5 ans l'enfant tend à se tenir avec la tête en avant.

Broncho-pneumonie à 13 mois.

Actuellement : tête fortement inclinée à gauche. Epaule droite très surbaissée. Rétraction du sterno-mastoïdien gauche portant surtout sur le chef claviculaire.

20-10-27. — Ténotomie de 2 chefs. On remarque qu'on ne coupe pas comme d'habitude du tissu fibreux, mais aussi du tissu musculaire.

Il ne s'agit pas probablement d'un torticolis congénital.

D'autre part l'enfant supporte très mal l'anesthésie.

On décide à faire le plâtre le lendemain de l'opération.

4-11-27. — On a coupé le plâtre. Excellent résultat.

Mettre l'appareil la nuit. Faire de la gymnastique pendant 1 mois.

12-12-27. — Excellent résultat. Gymnastique.

7-2-31. — Revue par nous. Très bon état. Scoliose statique à surveiller.

Photographiée. Fig. 10.

OBSERVATION III

F. J., sexe masculin, 9 ans. Torticolis gauche.

Né à terme. Siège. A toujours présenté un torticolis.

Rétraction du chef sternal très accentuée. Hémiatrophie faciale gauche.

6-7-28. — Ténotomie sous-cutanée. Plâtre en hypercorrection.

7-8-28. = Excellent résultat. Mobiliser la tête, enlever progressivement le plâtre.

26-10-28. — Résultat magnifique. Gymnastique (un peu de cyphose).

2-2-31. — Revu par nous. Le résultat se maintient.

Hémiatrophie faciale très améliorée.

Photographié. Fig. 6.

OBSERVATION IV

V. M..., sexe féminin, 11 ans. Torticolis gauche.

Chef sternal seul rétracté. Légère hémiatrophie faciale à gauche.

10-2-29. — Intervention.

16-3-25. — Très bon résultat. Faire de la gymnastique.

11-2-31. — Résultat parfait. On ne reconnaît même pas le côté de la lésion. Photographiée. Fig. 9.

OBSERVATION V

M. S..., sexe masculin. Agé de 27 mois. Torticolis droit.

Né à terme, siège, accouchement difficile.

Aurait toujours porté la tête « de travers ».

La rétraction porte sur le chef sternal.

12-11-29. — Ténotomie du chef sternal.

3-12-27. — Bon résultat.

24-2-30. — Tendance à tenir la tête inclinée à droite de temps en temps.

Faire des mouvements quotidiens.

14-4-31. — Amélioration. Continuer la gymnastique.

7-2-31. — La tendance à tenir la tête à droite persiste encore, mais il n'y a pas de rétraction musculaire.

Photographié. Fig. 8.

OBSERVATION VI

N. G..., sexe féminin. Age 7 ans et demi. Torticolis droit.

8-12-30. — Aucun renseignement. Il semble que l'enfant



Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 8.

Fig. 6. F. J. Tort. g. — Opéré le 6-7-1928. Photographié le 2-2-1931.

Fig. 7. V. N. Tort. g. — — 23-2-1926. — 5-2-1931.

Fig. 8. M. S. Tort. dr. — — 12-11-1929. — 7-2-1931.



Fig. 9.

Fig. 10.

Fig. 11.

Fig. 12.

Fig. 9. V. M. Tort. g. — Opérée le 10-2-1929. Photographiée le 11-2-1931.

Fig. 10. L. B. Tort. g. — — 20-10-1927. — 7-2-1931.

Fig. 11. N. G. Tort. dr. — — 27-10-1930. — 15-1-1931.

Fig. 12. T. G. Tort. dr. — Ténotomie à ciel ouvert, plâtre 6 jours après.
Opérée aux E.-M. Récidive. Phot. le 18-2-1931.

Tort. g. signifie torticollis gauche. — Tort. dr. signifie torticollis droit

a été opéré d'un torticolis congénital, car elle présente 2 cicatrices, l'une au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, l'autre en arrière du chef sternal droit à 2 cm. au-dessus de la clavicule. Ça n'a pas empêché le chef claviculaire d'être à nouveau rétracté ce qui explique l'attitude de l'épaule, du cou et l'hémiatrophie faciale droite.

27-12-30. — Ténotomie sous-cutanée du chef claviculaire qui est assez dure à cause du tissu cicatriciel.

Plâtre en hypercorrection.

15-1-31. — Bon résultat Photographiée. Figure 11.

18-2-31. — Résultat se maintient bon.

Au moment de terminer ce travail nous avons l'occasion de voir une malade dont le cas est assez instructif car il nous démontre plus que toutes discussions théoriques la nécessité de faire suivre immédiatement la ténotomie par l'application d'un appareil plâtré hypercorrecteur.

T. G..., sexe féminin. Age 5 ans. Torticolis droit.

Opérée aux « Enfants Malades » le 29 octobre 1929 par une ténotomie à ciel ouvert. Le plâtre a été mis 6 jours après l'opération.

D'après la mère le torticolis a récidivé immédiatement après l'enlèvement du plâtre.

Actuellement : Tous les signes classiques du torticolis congénital.

Rétraction de 2 chefs musculaires.

Photographiée le 18-2-31. Fig. 12.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié le torticollis congénital d'origine musculaire.

1° Il règne encore beaucoup d'obscurité sur l'étiologie et la pathogénie de cette variété de torticollis congénital ;

2° Il semble bien qu'il mérite dans certains cas le qualificatif « obstétrical » quelque soit l'aspect histologique du muscle ;

3° Les lésions traumatiques obstétricales sont probablement favorisées par l'état du muscle ;

4° Néanmoins, il paraît bien que dans le cas où le torticollis existe dès la naissance, l'affection a précédé l'accouchement et qu'on peut l'appeler « torticollis congénital » ;

5° Trois méthodes se disputent la faveur des chirurgiens pour le traitement opératoire du torticollis congénital : la résection totale ou partielle du sterno-

mastoïdien, la tenotomie à ciel ouvert et la tenotomie sous-cutanée :

6° La résection totale ou partielle du muscle (Mikulicz) est assurément avantageuse quant aux bons résultats fonctionnels et au minimum de risque de récurrence qu'elle présente.

Par contre elle provoque un aplatissement unilatéral du cou et laisse après elle une cicatrice inesthétique plus ou moins grande :

7° La tenotomie à ciel ouvert (préconisée par Nove-Josserand, Spitz et autres) à l'encontre de la méthode ci-dessus n'est pas à l'abri de récurrences et laisse après elle, comme la précédente, une cicatrice inesthétique.

8° Sans soins post-opératoires immédiats, la tenotomie sous-cutanée, de même que la précédente, n'est pas à l'abri de récurrences mais possède sur elle cet avantage important au point de vue esthétique, de ne pas laisser de cicatrice ;

9° Les deux méthodes donnent des résultats parfaits et définitifs à condition de faire l'immobilisation de la tête de l'enfant opéré par un appareil plâtre hypercorrecteur appliqué au cours même de l'intervention pendant que dure encore l'anesthésie générale ;

10° La tenotomie sous-cutanée suivie d'une immobilisation par appareil plâtre en hypercorrection, en

répondant en même temps à tous les desiderata, à savoir : bons résultats fonctionnels, minimum de risque de récives et sans inconvénients de nature esthétique doit être considérée comme le procédé de choix du traitement du torticolis congénital.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la thèse.
CH. LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Arrou, Fredet et Desmarret.* — Torticolis (Nouveau traité de chirurgie. A le Dentu et P. Delbet, vol. 21, p. 146).
- Basetta.* — Sur le torticolis (Congrès de la société Italienne d'orthopédie, octobre 1919).
- D'après Nové-Josserand.
- Blenke.* — Ein Fall von Erbscher Lähmung nach Schiefhalsoperation (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie, 1924, vol. 43, p. 148).
- Couvelaire (A.).* — Hématome du sterno-mastoidien et torticolis par myopathie congénitale (Revue d'orthopédie, 1912, n° 1).
- Delrez (M. L.).* — Traitement opératoire du torticolis congénital (Archives franco-belges de chirurgie, n° 2, novembre 1921).
- Feil (A.).* — Occipitalisation de l'atlas et torticolis congénital (Presse médicale, n° 52, juin 1921, p. 1921, p. 515).
- Fränkel.* — Sur la formation et le traitement du torticolis musculaire (Archiv für klinische Chirurgie, vol. 118, 1921, p. 228).
- Etude sur le torticolis congénital (Verhandlung der Deutschen Orthopedisch. Gesellschaft, 16 Kongress, 1921).
- Goldberg (D.).* — Th. de Paris, 1912.
- Harrenstein.* — Sur le torticolis chez les nourrissons et son traitement (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie, vol. 53, fasc. 2, 1930).
- Hohmann.* — Über den muskulären Schiefhals (Verhandlung des Deutsch. Orthop. Gesellschaft, 23 Kongress, sept. 1928).
- Lamy (L.).* — Le traitement du torticolis dit congénital (Gazette des Hôpitaux, n° 147, décembre 1912).
- Von Landgraf (Eugen).* — Über Frühoperation des angeborenen Schiefhals (Zetsch f. Orthop. Chirurg., vol. 48, fasc. I, 1927).

- Leroy van Lackum (H.)*. — Torticolis congénital, ablation de la masse fibreuse du sterno-cleïdo-mastoïdien (Surgery Gynecology and obstetrics, mai 1929, vol. 48, n° 5).
- Nové-Josserand*. — Précis d'orthopédie, Collection Testut.
- Basetta, Torticolis (Revue d'orthopédie, 1921).
- Nové-Josserand et Viannay*. — Pathogénie du torticolis (théorie ischémique) (Revue d'orthopédie, 1906).
- Nussbaum*. — Über Spätresultate nach Schiefhalsoperationen (Zeitsch. f. orthop. Chir., 1927).
- Ombrédanne*. — Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile, 1923.
- Rey et Hentschel*. — Der funktionelle Schiefhals bei Sehstörungen (Zeitschrift f. orthop. Chir., vol. 50, fasc. 2, 1928).
- Schanz*. — Watteverband (Zentralblatt f. Chir., 1923, n° 30).
- Schubert*. — Zur Operation der Schiefhalskrankung (Zentralblatt f. Chirurgie, 1921, n° 40).
- Sippel*. — Der Angeborene muskuläre Schiefhals (Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie, 1920, vol. 155).
- Spitzzy*. — D'après Eugen von Landraf.

